

(地介り様式)

地域包括ケア推進リーダー・介護予防推進リーダー

岩手県理学療法士会推薦申請書

一般社団法人岩手県理学療法士会
会 長 及川 龍彦 様

会員番号_____

氏 名_____⑩

私は地域包括ケアシステムに関する下記リーダーを取得するにあたり、e-ラーニング免除のための岩手県理学療法士会推薦を申請致します。

希望するリーダー制度 () 地域ケア会議推進リーダー
() 介護予防推進リーダー

申請に必要な実績

過去一年間の実績（委員歴は2年以上）の詳細を記載してください。

要項「活動証明が必要なもの」に該当する活動は証明できる書類を添付してください

①事業名_____

活動日（役員・委員等の実績は任期）_____年 月 日（ 年）

②事業名_____

活動日（役員・委員等の実績は任期）_____年 月 日（ 年）

③事業名_____

活動日（役員・委員等の実績は任期）_____年 月 日（ 年）

□私は今後も本会事業へ継続して協力します。

※記入欄が足りない場合には裏面に記載ください。